Lane Medical Library

Graviditätspsychosen.
Mit Berücksichtigung der Indikationsstellung zur Schwangerschaft.

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde

der Hohen Medizinischen Fakultät der
Christian — Albrechts — Universität
zu Kiel

vorgelegt von

Rudolf Paulsen.

Kiel 1925.

Druck: Paul Riechert, Heide.

Aus der Psychiatrischen und Nervenklinik der
Universität Kiel.
Direktor: Geh. Med Rat Prof. Dr. Siemerling.

Graviditätspsychosen.

Mit Berücksichtigung der Indikationstellung zur Schwangerschaftsunterbrechung.

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde

der Hohen Medizinischen Fakultät der
Christian — Albrechts — Universität
zu Kiel

vorgelegt von

Rudolf Paulsen.

Kiel 1925.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40153521_0158

Schon vor langen Zeiten erkannte man, daß psychische Störungen bei Frauen oft in der Zeit der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbettes auftraten oder wenigstens erkenntlich wurden. Man brachte natürlicherweise die Psychosen in Zusammenhang mit den gewaltigen Umwälzungen, die während dieser Zeit in dem Körper der Frau vor sich gehen, suchte darin das ätiologische Moment oder bemühte sich, die verschiedenartigsten Dinge, sei es Erschöpfung, Anämie, Autointoxikation, innersekretorische Störungen und dergleichen, als greifbare Erklärung herauszufinden. Dann teilte sich nach Runge das Heer der Meinungen in drei Gruppen, die erste legt den Hauptnachdruck auf Autointoxikationen, die zweite auf erbliche Belastung und Prädisposition, und die dritte auf exogene Faktoren, Infektion, Erschöpfung oder Anämie. Siemerling, der die von Olshausen vorgeschlagene Einteilung in Infektions-, idiopathische und Intoxokationspsychosen als nicht allen Formen gerecht werdende Einteilung ablehnt, faßt alle Generationspsychosen in zwei große Gruppen zusammen, in symptomatische und idiopathische Psychosen und bezeichnet als symptomatische solche geistige Störungen, die infolge einer durch Gravidität, Geburt, Puerperium, Lactation gesetzten Schädigung, einer Infektion oder Erschöpfung entstehen, und rechnet dazu die Amentia, Delirien, Chorea- und Eklampsiepsychosen. Als idiopathische Psychosen gelten die Störungen, deren Entstehung auf andere außerhalb der Generationsvorgänge liegende Ursachen zurückzuführen sind, als die Katatonie, Melancholie, Manie, die zirkulären Formen, die Hysterie- und Epilepsie-Psychosen, die Paranoia, Paralyse, Imbezilität.

Wie schon aus dieser Einteilung zu ersehen ist, gibt es nicht, wie früher vielfach angenommen wurde, eigentlich spezifische Generationspsychosen, d. h. Krankheitsbilder, die für diese Zeit charakteristisch sind und sich nur in ihr vorfinden, sondern man kann alle in dieser Zeit vorkommenden Psychosen auf bekannte Krankheitsbilder der Psychiatrie zurückführen, wie sie nicht nur außerhalb dieser Zeit bei Frauen, sondern zum größten Teil auch bei Männern auftreten können.

Generationspsychosen sind nicht so selten wie vielfach angenommen wird. Nach Runge schwankt die Zahl der von einer Reihe von Autoren angegebenen Fälle im Verhältnis zu der Gesamtzahl der behandelten geisteskranken Frauen sehr erheblich, zwischen 2,39 und 21,6%, aber im ganzen zeigt sich doch, daß eine nicht geringe Anzahl der Geisteskrankheiten der Frauen mit dem Generationsgeschäft in Verbindung steht. Fragt man, wieviele aller gebärenden Frauen an einer Psychose erkranken, so ergibt sich nach Runge eine Prozentzahl von 0,1—0,2. — Vergleicht man Zahlen neuerer Autoren mit denen älterer, so ergibt sich eine Abnahme der Generationspsychosen, die wohl einer besseren Geburtshilfe und Asepsis zuzuschreiben ist. — Man teilt die Generationspsychosen ein: in eigentliche Schwangerschaftspsychosen, Psychosen bei der Geburt, Puerperalpsychosen und Lactationspsychosen, zu denen man alle Psychosen rechnet, die nach der 6. Woche nach der Geburt in Erscheinung treten. — Das Hauptkontingent stellen die Puerperalpsychosen, die nach einer Zusammenstellung von Runge, nach Zahlen verschiedenster Autoren, über 54%, an der Kieler Klinik sogar 68% der Fälle ausmachen, dar. Die zweite Stelle wird bei den verschiedenen Autoren verschieden besetzt. Um den Vorrang streiten sich die Gravidiäts- und Lactationspsychosen. An der Kieler Klinik überwiegen die Graviditätspsychosen, abweichend von anderen Kliniken, beträchtlich mit 20% die Lactationspsychosen, die mit etwa 11% vertreten sind. Dann folgen Psychosen bei der Geburt, die nur selten beobachtet werden.

Wie wir gesehen haben, machen die Graviditätspsychosen einen beträchtlichen Anteil aller Generationspsychosen aus. Sie treten fast ausschließlich, im Gegensatz zu den Puerperalpsychosen, bei denen die symptomatischen Psychosen überwiegen, in Form der idiopythischen Psychosen auf, und unter diesen ist es das Krankheitsbild der Katatonie, das sich am häufigsten findet, nach Angaben einer Reihe von Autoren in über der Hälfte der Fälle, in Kiel nach Runge in 36%. Nächst dem finden sich Fälle von Melancholie und Hysterie, deren Zahl sehr verschieden angegeben wird, in Kiel nach Runge abweichend von anderen auf 9 und 31%, die übrigen Fälle verteilen sich auf Amentia-, Epilepsie-, Chorea-Psychosen, in Kiel besonders häufig mit 18%, Paralyse. Im ganzen, kann man nach Siemerling sagen, daß Depressionszustände, Katatonien, Melancholien weit überwiegen.

Fragt man nach den Ursachen der in der Gravidität auftretenden Psychosen, so muß man feststellen, daß endogene Faktoren die exogenen beträchtlich überwiegen. Denkt man an die gewaltigen Umwälzungen, die im Körper der Frau zur Zeit der Schwangerschaft vor sich gehen, und sich in den verschiedenartigsten nachweisbaren Reaktionen im Haushalt der Stoffwechselprodukte zu erkennen geben, denkt man an die wohl davon abhängig zu machenden, an der Grenze des Pathologischen stehenden nervösen Beschwerden der meisten Schwangeren in

den ersten Schwangerschaftsmonaten, die sich in Erbrechen, Kopfschmerzen, neuralgischen Schmerzen, Ohnmachten perversen Gelüsten u. dergl. äußern, so fällt es nicht schwer, dieser Zeit auch eine besondere Prädisposition für Geisteskrankheiten zuzugestehen, die sich äußert in dem Neuauftreten, dem Wiederauftreten oder dem Erkenntlichwerden latenter Psychosen. Was aber letzten Endes die Ursache für das Auftreten der Psychosen in dieser Zeit ist, darüber ist trotz mancher Vermutungen und vieler Theorien, die Erschöpfung, innersekretorische Störungen, Veränderungen des Stoffwechselhaushaltes u. a. zur Erklärung heranziehen, nichts bekannt. Sie dürfte letzten Endes mit der Ursache für das Auftreten von Psychosen überhaupt zusammenfallen. Wichtig ist noch, daß sich neben der Gravidität als wohl auslösendes Moment in der größten Anzahl der Fälle von Graviditätspsychosen, nämlich nach Runge in 72,73%, eine Belastung der Erkrankten herausgestellt hat, die in den meisten Fällen vererbt war, in anderen sich in früheren Erkrankungen geäußert hatte oder in noch anderen die Patientin als von Hause aus disponiert erscheinen ließ. Neben diesen endogenen Momenten treten die exogenen bei weitem zurück. Schlechte Ernährungsverhältnisse oder Gemütsbewegungen, die der Hauptsache nach in Frage kommen sollen, spielen nur eine geringe Rolle.

Die Zeit, in der die Mehrzahl der Psychosen auftreten, wird von einzelnen Autoren verschieden angegeben. Doch stimmen eine Anzahl der Autoren mit Siemerling überein, der die zweite Hälfte der Schwangerschaft als die am stärksten heimgesuchte Zeit angibt.

Interessant ist, daß auch das Alter der Schwangeren für die Entstehung der Psychosen eine Rolle zu spielen scheint, und zwar wird nach Siemerling bei Graviditätspsychosen im allgemeinen ein höheres Alter (25—30 Jahre) bevorzugt als bei den Puerperalpsychosen. Auch werden verhältnismäßig häufig Erstgebärende befallen.

Nach Siemerling ist die Prognose der Generationspsychosen in der Gesamtheit günstig zu stellen, und die Prognose der Graviditätspsychosen am günsigsten im Vergleich zu den Puerperal- und Lactationspsychosen. Auch ist sie bei jüngeren Individuen günstiger als bei älteren, und ebenso bei Erstgebärenden günstiger als bei Mehrgebärenden.

Bei der Frage, ob die Geburt günstig oder ungünstig auf die Erkrankten einwirkt, ergibt sich, daß nur bei Hysterie- und Chorea-Psychosen eine günstige Wirkung festzustellen ist, während bei dem größten Teil der anderen Psychosen keine Einwirkung zutage tritt. Andererseits findet man, daß die Zeit, in der sich die Schwangerschaft bei der Entstehung der Krankheit befindet, ohne Belang für die Prognose ist.

Bei der Frage der Therapie, die sich im allgemeinen nach den üblichen Regeln der in der Psychiatrie für die einzelnen

Krankheitsformen gebräuchlichen Behandlungsweise richtet, tritt uns als wichtigstes die Frage der künstlichen Unterbrechung der Schwangerschaft entgegen und ihre Einwirkung auf die vorliegende Erkrankung.

Wann soll eine Schwangerschaft unterbrochen werden?

Nach Sarwey ist die Vornahme des künstlichen Abortes indiziert in allen Fällen, in welchen für die Schwangere eine objektiv nachweisbare Lebensgefahr vorliegt, deren Beseitigung einzig und allein von der vorzeitigen Unterbrechung der Gravidität erwartet werden kann. So einfach diese Indikation klingt, so ergeben sich doch große Schwierigkeiten bei ihrer Befolgung, gerade in Bezug auf psychiatrische Erkrankungen. Festzustellen, wann bei diesen eine Lebensgefahr vorliegt oder in Zukunft eintreten wird, dürfte oft schwer sein und bedarf sicherlich einer längeren Zeit der Beobachtung der Kranken und einer großen Erfahrung. Auch der zweite Teil des Satzes, der davon spricht, daß durch die Unterbrechung der Gravidität eine Beseitigung der Lebensgefahr erwartet werden muß, kann nur durch Erfahrungstatsachen für eine Indikationsstellung nutzbar gemacht werden. Immer wird sicherlich der subjektiven Einstellung und dem subjektiven Empfinden des einzelnen ein weiter Spielraum bleiben.

So schwer es ist, so hat man doch versucht, die Indikationsstellung zur künstlichen Unterbrechung der Schwangerschaft der einzelnen Krankheitsformen zu begrenzen und in manchen Fällen sicher mit Erfolg.

Nach Siemerling kommt eine Unterbrechung am häufigsten bei der Chorea, die oft mit psychischen Störungen einhergeht, in Frage. Wenn sich auch immer Fälle finden, die ohne Unterbrechung heilen oder auch Fälle, die trotz des künstlichen Abortes nicht in Heilung übergehen, so ist doch, nach demselben Autor, meistens mit Besserung und Heilung zu rechnen. Bei Chorea-Psychosen unterbricht man nach Ruhemann dann die Schwangerschaft, wenn die Chorea sehr heftig ist, auf die gebräuchlichen Mittel nicht reagiert, bei Herzfehler und Kräfteabnahme, bei Komplikationen mit Eklampsie. Nach Siemerling soll man in jedem Falle von Chorea die Einleitung eines künstlichen Abortes in Betracht ziehen, da wie gesagt meistens ein günstiges Resultat zu erwarten ist. Immer wird es angezeigt sein, vorher zu versuchen durch die üblichen Behandlungsmethoden eine Besserung zu erzielen.

Auch die eklamptischen Psychosen werden, gerade auch bei heftigem Auftreten der übrigen eklamptischen Erscheinungen, als da sind: Neuritiden, Vagus-, Atmungsnervenstörungen, drohende Erblindung, eine Indikation zur Schwangerschaftsunterbrechung abgeben.

Bei der Epilepsie wird man nur in seltenen Fällen eine Unterbrechung der Schwangerschaft anbahnen, nach Siemerling, bei Häufung der Anfälle, bei Benommenheit, bei drohender Gefahr der Geistesstörung.

Kaum oder äußerst selten wird bei der Amentia-, Paranoia-, Paralyse-, Hysterie-Psychose die Schwangerschaft vorzeitig beendet zu werden brauchen, und dann nur aus der Besonderheit des vorliegenden Falles abzuleiten sein.

Ebenso wird die Katatonie eine Unterbrechung der Schwangerschaft nur selten beanspruchen. Der Eingriff führte nach verschiedenen Autoren in den meisten Fällen nicht zu einem Erfolg und wird nach Siemerling nur da angezeigt sein, wo schon während früherer Schwangerschaften Schübe von Katatonie auftraten.

Eine schwierige und sehr umstrittene Frage, in der unter den verschiedensten Autoren noch keine Einigung erzielt worden ist, ergibt sich bei der Erörterung der Indikationsstellung zur Schwangerschaftsunterbrechung bei Depressionszuständen. Friedemann hat nach Siemerling als erster von den eigentlichen Melancholien eine Gruppe abgetrennt, die er als „Depressionszustände bei Psychopathen" bezeichnet, und E. Meyer fordert, „daß bei allen Fällen, die in diese Gruppe hineingehören, eine Unterbrechung der Schwangerschaft vorgenommen wird, aber nur dann, wenn fortbestehende Gravidität die dringende Gefahr in sich schließt, daß ein dauerndes, bedenkliches Nervenleiden entsteht, welches auf keine andere Weise zu beseitigen ist, und wenn mit Bestimmtheit erwartet werden kann, daß die Erkrankung durch die Entwickelung für die Dauer gehindert werde." Diese formulierte Stellungnahme zur Indikationsfrage kommt eigentlich für alle Schwangerschaftspsychosen in Frage und läßt den einzelnen einen so weiten Spielraum, daß doch letzten Endes wieder die Einstellung und Erfahrung des einzelnen den Ausschlag gibt. Siemerling, der immer wieder bei allen Depressionszuständen die Suizidgefahr als die größte Gefahr hinstellt, sagt folgendes: „Es wird sich empfehlen, in jedem Falle von Depression eine genaue Feststellung der Intensität der Erkrankung evtl. unter fortgesetzter Beobachtung vorzunehmen und nach diesem Ergebnis eine Maßnahme zu treffen. Vor allem wird immer wieder die Suizidgefahr auch bei den Depressionen aus pychopathischer Konstitution zu berücksichtigen sein. Vor diesem Moment treten die übrigen an Bedeutung zurück."

Die Frage, ob bei einer graviden Frau, die bei früheren Schwangerschaften mehr oder minder psychisch krank war, eine Unterbrechung der Schwangerschaft statthaben soll, muß dahin beantwortet werden, daß wenn keine Zeichen einer Wiedererkrankung vorhanden sind, kein Grund zu einem solchen Eingriff vorliegt, denn, wie sich in der Praxis gezeigt hat, ist manche Frau, die während einer Schwangerschaft psychisch erkrankte, in allen folgenden Schwangerschaften frei davon geblieben. Diese Schwangeren sollte man jedoch besonders schonen und unter Aufsicht halten. Auch sollte man jede an Generationspsychose erkrankte Frau vor einer erneuten Konzeption warnen. (Siemerling.)

Jetzt sei es mir gestattet, einige Fälle aus dem Gebiete der Graviditätspsychosen anzuführen.

In den ersten drei Fällen ist die Diagnose auf Katatonie gestellt worden. Mehr oder minder hervortretend ist eine starke Depression abwechselnd mit Erregungszuständen und Verwirrtheit. Die Kranken zeigen ein apathisches, gehemmtes, wortkarges Wesen. Ein Zusammenhang der Erkrankung mit der Schwangerschaft zeigt sich in jedem Falle deutlich.

Im ersten Falle, einer Frau von 39 Jahren, zeigen sich die ersten Krankheitserscheinungen am Ende der ersten Schwangerschaft. Die Geburt des toten Kindes steigert die Erscheinungen. Die im Jahre darauf folgende zweite Schwangerschaft bringt eine weitere Verschlimmerung des Leidens. Im folgendem Jahre zeigt sich keine Besserung. Hereditäre Belastung oder eigene Prädisposition konnte nicht festgestellt werden.

Im zweiten Falle verlief eine Geburt normal. Das Auftreten der ersten Krankheitserscheinungen wird in die Zeit vor der Schwangerschaft verlegt. Deutlich werden sie im dritten Schwangerschaftsmonat. Sie dauern bis zur Geburt in gleicher Stärke fort. Nach der (Sturz-)Geburt Verschlimmerung des Leidens, Aufnahme in der Klinik. Nach einem Vierteljahr gebessert entlassen. Keine hereditäre Belastung, keine Prädisposition.

Im dritten Falle kommt die Patientin vor der Entbindung in die Klinik. Zwei normale Geburten sind vorausgegangen. In der Zeit vor der Schwangerschaft leichte Erregungszustände. Etwa $1^1/_2$ Monate vor der Geburt plötzliches Auftreten der Krankheitserscheinungen. Anhalten der Erscheinungen bis zur Geburt. Nachher Besserung. Anscheinend nervös belastet, prädisponiert.

Der vierte Fall gehört in das Gebiet der Melancholie. Drei normale Geburten gehen voraus. Im vorletzten Schwangerschaftsmonat plötzliches Auftreten von starken Depressionen. (Angstgefühle, Herzbeklemmungen.) Einmal Suizidäußerung. Nach der Geburt zuerst Besserung, dann Wiederauftreten der Erscheinungen (beim Stillen des Kindes). Ein Monat Behandlung, gebessert entlassen. Kaum hereditär belastet, leicht prädisponiert.

Fall I.

Frau Br., 42 Jahre alt,

Aufgenommen: 8. März 1924.
Entlassen: 4. April 1924. (Nach Neustadt.)
Geboren 17. Mai 1882.

Bericht aus der Irrenanstalt zu A. (nach Angaben der Angehörigen): Aufgenommen 21. Januar 23, 20. Mai 23 versuchsweise entlassen. Aufgenommen 28. Januar 24, 8. März 24 entlassen ohne stattgehabter Genesung.

Mutter gesund, Vater an Asthma gestorben.
Zwei Schwestern gesund.
Pat. englische Krankheit, zart, hat gut gelernt.

Mit 17 Jahren Menses, sehr heftig, wurde schwindlig dabei und fiel um. Später nicht mehr.

Immer fleißig.

Mit 26 Jahren verheiratet. Mann fleißig, trinkt oft. War bei der Entbindung betrunken. Hatte seiner Frau geraten, in die Entbindungsanstalt zu gehen und macht ihr Vorwürfe, als das Kind tot geboren wird.

1912 Umschlag. Dann fernerhin kein Umschlag, kein Kind. Pat. sehnte sich sehr danach. 1921 mit 29 Jahren schwanger. In der letzten Zeit vor der Geburt zeigt die Patientin ein eigenartiges Benehmen, schimpft viel, ist kurz angebunden, aber nicht gegen ihren Mann. Zeigt keine Freude. Sie arbeitete bis zu 6 Wochen vor der Geburt in einer Tabakfabrik.

Geburt eines ausgetragenen, toten Kindes, soll zwei Tage vor der Geburt gestorben sein. Nach der Geburt psychisch verändert, schwermütig, vernachlässigt den Haushalt.

1922 zum zweiten Male schwanger, glaubt sie nicht daran, jammert den ganzen Tag darüber, daß sie das erste Kind umgebracht habe und daß es diesmal keins sei, sondern ein Gewächs. Läuft immerfort zum Arzt. Der Mann ist ungeduldig geworden, schlug sie, warf sie hinaus, trank deswegen und begriff nicht, daß sie krank war.

Mit Gewalt in die Entbindungsanstalt gebracht, gebar sie wiederum eine abgestorbene Frucht. Danach Verschlimmerung des Leidens, vollkommen apathisch. Der Mann sagte nach ihrer Rückkehr: Nun sind die beiden Kinder tot. Du hast sie umgebracht, such sie man auf dem Kirchhof.

Seit Anfang Januar 1923 plötzliche Verschlimmerung des Leidens. Sie führte wirre Reden, sang, war nachts schlaflos. Deshalb am 20. Januar Aufnahme in der Anstalt. Am 20. März versuchsweise entlassen. Nach der Entlassung anfangs ruhig, allmähliche Verschlimmerung, Erregungszustände, so daß ihre Verpflegung im Hause unmöglich wird. Einmal versuchte sie sich mit Gas zu vergiften. Am 28. Januar 24 Wiederaufnahme in der Anstalt.

Angaben der Patientin:

Sie habe geglaubt im vorherigem Jahr, daß sie ein Gewächs im Leibe hätte, sei von einem Arzt zum andern gelaufen, die ihr gesagt hätten, sie wäre schwanger, und wäre dann in die Entbindungsanstalt gekommen. Geisteskrank sei sie nicht, habe nur Unruhe gehabt und sich über das tote Kind aufgeregt. Sie kratze sich immer im Gesicht, weil es jucke. Sie habe Lust zu nichts gehabt, sei immer zu Hause geblieben, sei ab und an eine Arbeit anfangen und habe sie dann immer wieder hingeworfen. Sie beteuert immer ordentlich gewesen zu sein. Der Mann habe ihr Vorwürfe gemacht wegen des Zum-Arzt-Laufen und der Vernachlässigung des Haushaltes.

Sie habe in der ersten Schwangerschaft sehr gelitten, sei sehr nervös geworden. Der Mann sei krank und oft betrunken. Das Kind ist vor Aufregung gestorben, Nervenzucken. Sie wollte auch nicht leben, da die Hebamme gesagt habe, sie hätte ihr Kind selbst umgebracht, weil sie zu spät nach ihr geschickt hätte.

Psychisch:

Wechselnd, bald erregt, bald weinend: alle Leute wüßten was sie getan hätte, sie käme ins Zuchthaus, sie möchte nicht mehr leben.
Besorgter Gesichtsausdruck.

Körperlicher Befund:

Pat. in leidlichem Ernährungszustand, von gesunder Hautfarbe.
Körper und Gesicht mit zahlreichen Eiterpusteln bedeckt.
Herz und Lungen gesund.
Reflexe lebhaft.
Wassermann im Blute negativ.
Soweit der Bericht des Krankenhauses.

Am 8. März wird die Pat. in die Klinik gebracht.
Sie ist ruhig und geht willig zu ihrer Station. Bad.
Nachher im Bett sitzt sie halb aufgerichtet und redet dauernd.

Bei der Untersuchung im Arztzimmer sitzt sie auf einem Stuhl und gibt auf Fragen klare Antwort.

Die Untersuchung wird durch die Hauptvisite unterbrochen.

Nachher redet sie dauernd und läßt sich durch nichts beruhigen.

Auf Fragen gibt sie meistens ziemlich klare und richtige Antworten. Geringer Intelligenzdefekt.

„Warum ins Krankenhaus gekommen?"

„Zuerst weil ich glaubte, ich wäre in anderen Umständen, dann hat mein Mann mich einfach hergebracht, er hat immer Sachen weggebracht und hat dann gesagt, ich hätte es getan. Ich bin zu Hause immer ganz ordentlich gewesen."

Über die Zeit ist sie nicht richtig orientiert.

Zwischen den Fragen beginnt sie zu weinen.

„Warum so traurig?"

„Weil ich weiß, ich komme nicht wieder zu Hause."

Rechnen gut.

Autoanamnese:

Neben manchem aus dem vorstehenden Bericht hervorgehendem Bekannten gibt sie an:

Beide Schwestern sind nervenkrank.

Die ältere wurde bei der Geburt des ersten Kindes (mit 13 Jahren) „wahnsinnig", dreivierteljahre im Krankenhaus zu A. Jetzt gesund.

Die jüngere nervenkrank mit 48 Jahren, kann „nicht sehen und hören". Behandelt in A. und ein halbes Jahr lang hier. Jetzt gesund.

Sie selbst Krämpfe, stürzte zu Boden, verlor die Besinnung. Keine Zungenbisse, keine Verletzungen.

Die Anfälle kamen zur Zeit des Unwohlseins.

Mit 18 Jahren Scharlach.

Mit 25 Jahren verheiratet. Mann trank zuviel.

„Er ist nicht schlecht, er ist gut und zu leichtsinnig".

Von ihren Geburten erzählt sie dasselbe, was aus dem vorstehenden Bericht hervorgeht. Wie sie aus der Entbindungsanstalt nach Hause kam, ließ der Mann sie zum Krankenhaus bringen, er sagte: „Du bist verrückt, mußt unter die Idioten".

Der körperliche Befund ergibt nichts von Belang.

Aus dem Pflegebericht geht hervor, daß sich die Pat. meistens ruhig und geordnet verhält und gut schläft, nur ab und an finden sich Tage, an denen eine traurige Verstimmung oder leichte Erregung mit starkem Rededrang vorherrschend ist.

Am 4. April zur Provinzialirrenanstalt überführt.

Fall II.

Frau T., 26 Jahre alt.

Aufgenommen: 25. Februar 1925.
Entlassen: 9. April 1925.

Geboren 14. Juli 1899.

Bericht aus dem städtischen Krankenhaus zu W.:

Vater an Lungenkrankheit gestorben.

Mutter an Gebärmutterkrebs gestorben.

Patientin war früher nie ernstlich krank. Mann gesund.

1920 Umschlag, Verlauf ist unbekannt.

1922 Geburt, Kind gesund.

Am 30. Januar 1925 Partus im 8. Monat. Geburt o. B. Kind gesund.

Befund:

Pat. ist sehr einsilbig, erzählt gar nichts, läßt alles aus sich herausfragen. Liegt regungslos da, klagt nicht über irgendwelche Beschwerden.

Pat. in guten Ernährungszustand, etwas gedunsenes Gesicht.
Schleimhäute gut durchblutet.
Gesicht regungslos, apathisch.
Herz, Lunge o. B.
Mammae sondern auf Druck Milch ab.
Abdomen stark vorgetrieben. Nabelhernie.
Uterus nicht durchfaßbar.
Milz fühlbar.
Bauchdeckenreflex vorhanden.
Reflexe normal.
Warzen an der rechten Hand.

15. Februar.

Pat. ist unruhig, will nicht essen und muß gefüttert werden. Verlangt viel nach ihrem Kinde, läßt es aber, wenn es angelegt wird, nicht trinken und will es nicht wieder abgeben.

Über Ort und Zeit orientiert Häufig stumpf und apathisch. Gesichtsausdruck starr. Unterhält sich nur mit ihrem Mann.

18. Februar.

Pat. zieht ihr Hemd aus, spreizt die Beine steckt die Hand in die Vagina und leckt die Hände nachher ab.

20. Februar.

Pat. saß heute vor ihrem Bett und spielte mit Kot und Urin, steckt die Hände dann wieder in den Mund usw.

Kind wird nicht mehr angelegt, da die Mutter es doch nicht trinken läßt.

24. Februar.

Befinden unverändert, sehr still. Will fort und verläßt immer, wenn unbeaufsichtigt, ohne Hemd ihr Zimmer.

Nach Nervenklinik Kiel überwiesen.

Zwei Schwäger, die die Pat. nach Kiel überführen, geben neben den vorstehenden Angaben noch folgendes für die Anamnese wichtiges an:

6 Geschwister der Pat. sind gesund.

1 Bruder als Kind an Kinderkrankheit gestorben.

Pat. ist das 6 Kind. War immer schwächlich und blutarm. Hat gut gelernt.

1920 verheiratet. Mann gesund. Ref. meinten (unter Vorbehalt), daß die Ehe nicht glücklich ist, und der Mann die Frau los sein wolle.

Pat. war im Wesen still für sich, sonst gutmütig und fleißig.

Über die Erkrankung wissen die Referenten nichts von Belang.

Anamnese, abgegeben vom Ehemann:

12. März 25.

Seit dem 3. Schwangerschaftsmonat wurde die Pat. auffallend apathisch, zeigte für nichts Interesse, fiel auch durch ihr Benehmen manchmal auf. So hatte sie die Angewohnheit, in ihrer Wohnung nur bestimmte Wege zu gehen, z. B. nicht auf den Herdfliesen, angeblich, weil andere Leute gesagt hätten, sie dürfe es nicht tun. Auch in ihrer Kleidung und bei der Körperpflege vernachläßigte sie sich.

Der Hausstand wird nicht mehr ordnungsmässig verwaltet, so daß der Ref. in seiner dienstfreien Zeit oft selber zugreifen muß. Nachts schlief Pat. einigermaßen. Doch stand sie entgegen ihrer sonstigen Gewohnheit mit dem Ref. um 5 Uhr morgens auf, ohne sich zu betätigen.

Schon vor einem Jahre fiel dem Ref. gelegentlich das Benehmen seiner Frau auf, da sie manchmal absonderliche Redensarten führte. So sagte sie einmal nachts, daß eine Nachbarin sie von dem Balkon werfen wolle.

Am 30. Januar 25 Geburt eines Knaben im 8. Monat.

Die Geburt war eine Sturzgeburt.

Am 5. Februar ins Krankenhaus verlegt, auf Anraten des Arztes wegen Psychose.

26. Februar Aufnahme in der Klinik.

Sehr still, gehemmt, katatonisch.

Gibt auf alle Fragen nur langsam und sehr leise Antwort. Alle Fragen werden verzögert beantwortet, alles macht große Mühe zu erfahren. Sitzt bei der Exploation fast regungslos dar.

Gedunsenes Gesicht, schläfrig herabhängende Lider (Mongoloider Einschlag) Hochgradige Affektstille.

Über ihre Intelligenz ist kein Urteil zu gewinnen.

Die Orientierung ist nicht in Ordnung.

Angeblich keine Sinnestäuschungen. Keine Wahnideen. Bewußtsein vielleicht leicht getrübt, nach dem Eindruck zu urteilen.

Kein suizidaler Einschlag.

Die aus W. berichteten Unreinigkeiten stellt sie in Abrede. Kein besonderer Affekt dabei, nur ein leichtes Lächeln des Gesichtes.

Betont ist vielleicht gegenwärtig nur der Wunsch, von hier entlassen zu werden.

„Krank?"
„Ja, so recht ist es nicht."
„Seit wann?"
„Am 30. hatte ich noch ein Kind."
„Wo ist das Kind?"
„Das ist dort geblieben" (fast ebenso stumpf).
„Wollen Sie es nicht lieber hier haben?"
„Nein."
„Warum nicht?"
„Das will mein Mann nicht, glaube ich."
„Immer so still gewesen?"
„Nein."
„Wie kommt das?"
„Sonst war ich nicht so."
(?)
„Ich weiß ja nicht, ob ich mit Ihnen reden darf."
Geht nicht auf die Wiederholung der Frage ein.
„Ich will wieder fort von hier".

Menses regelmäßig.
Aus dem körperlichen Befund ist erwähnenswert:
Gesichtsausdruck: monoton, schläferig, gedunsen.
Kein mimisches Spiel.
Sprache: monoton, leise, kaum zu verstehen.
Pupillarreflexe: nicht zu prüfen, da die Pat. die Augen zukneift.
Reflexe normal, z. T. lebhaft.
Puls: 102, regelmäßig.

Aus dem Krankheitsverlauf:

Die Kranke zeigt weiterhin ein ruhiges, apathisches Wesen, redet fast nichts, und gibt nur zögernd Antwort. Anfangs ist sie sehr hilflos, kann nicht alleine essen.

Am 9. März stellt sich unter Fieber eine leichte Infektion der unteren Genitalwege ein, mit stark riechendem Ausfluß. Es werden Kolibakterien gefunden (Vaginalspülungen. Collargol-Injektion).

Das psychische Verhalten bessert sich langsam.

Sie ist ab und an munterer, ißt gut und schläft des nachts gut.

Verlangt nach Hause.

Am 9. April gebessert nach Hause entlassen.

Fall III.

Frau K., 27 Jahre alt.
Aufnahme: 28. Februar 1925.
Entlassen: 29. März 1925.

Aus dem Bericht des die Pat. übersendenden Arztes.

Frau K. aus K. befindet sich seit 14 Tagen in meiner Behandlung.

Die Frau entstammt aus einer nervös belasteten Familie, und ist früher angeblich sehr labil in ihrem Wesen gewesen. Seit 14 Tagen Halluzinationen und Visionen. Angeblich dauernder Beginn der Geburt. Seit 8 Tagen wird sie teilnahmsloser an der Umgebung, nimmt fast keine Nahrung mehr auf. Ich halte den Zustand für einen hysterischen Dämmerzustand, der sich auf eine Furcht vor der Geburt (3) aufgepfropft hat. Letztere ist bedingt durch eine schwere pathologische Geburt im Ort und mangelndem Zutrauen zu der Hebamme.

Anamnese, abgegeben von Vater und Ehemann:
Vater und Mutter gesund.
Drei Geschwister gesund.
Ein Bruder an Zahnkrämpfen mit ¾ Jahr, ein Bruder an einem Beinleiden (Amputation, bösartige Geschwulst?) mit 16 Jahren gestorben.
Pat. als Kind gesund, keine Krämpfe. Bettnässen, Schlafwandeln, träumerisch.
Masern, Keuchhusten.
In der Schule gut gelernt.
Später in Stellung. Hielt gut aus auf ihren Stellen. Naschte einige Male.
Oft Mandelentzündung, vielleicht Di.
Menstruation vom 16. Jahre ab, alle 3 bis 5 Monate.
1919 verheiratet.
2 Kinder gesund. 3 und 5 Jahre alt.
Geburten normal.
Schwanger im 9. Monat.
Den ganzen Sommer schon war sie leicht aufgeregt und schlief schlecht. Der Zustand wurde immer schlechter. Seit Sonntag (14. Februar) ist es so schlimm, daß sie zu Bett liegen muß. Sie war dauernd müde, konnte nicht schlafen, sagte: ihre Augen wären kalt und gingen von selbst wieder auf, wenn sie sie schlösse. Morgens stand sie auf, wollte sich anziehen, lag auf dem Bett des Ref., weinte, Ref. sollte sie nicht verstoßen, sollte ihre Kinder nicht verstoßen, sie wäre verrückt, sie hätte in den Spiegel gesehen und dabei hätten ganz verweinte Augen sie angeblickt. Alle, die sie ansähen, hätten ganz verrückte, große, schwarze Augen. Sie sah ein Licht an der Wand, hörte es klopfen, meinte es käme jemand, hatte aber keine Angst. Sagte, man solle die Katzen vom Tisch jagen, damit sie die dort liegenden Würste nicht fräße (es lag weder Wurst noch Katze auf dem Tisch). Redete andauernd, hatte die Augen halb geschlossen, klagte über Kopfschmerzen: eine Kopfseite würde heiß und wieder kalt, das ginge in die Schulter, in den Arm, ins Bein. Im Leibe hätte sie ein Gefühl, als wenn alles wund wäre. Der Artz gab ihr Schlafmittel. Sie schlief unruhig danach.
Am 9. fragte der Ref. sie, ob sie Leibschmerzen hätte, sie antwortete: „Es hat gar keinen Zweck, mit so wenig Fischen und so wenig Geld einen Fischladen aufzumachen." Sie redete allerlei dummes Zeug, fürchtete sich vor der Dunkelheit, sah dann „etwas Schwarzes".
Sagte einmal, es kämen Mäuse und wollten ihr das ungeborene Kind wegnehmen.
Der Zustand änderte sich nicht. Sie lag halb wach, konnte nicht schlafen, redete dauernd. Wenn man sie ansprach, hörte sie zu reden auf und antwortete vernünftig. Dann schloß sie die Augenlieder halb und redete dummes Zeug.
Am 26. glaubte sie Wehen zu verspüren. Ref. holte Hebamme. Pat. sagte, das Fruchtwasser sei abgegangen. Hebamme untersuchte und fand die Blase intakt. Pat. stöhnte und redete.
Pat. hatte Angst vor der Hebamme, der man nichts Gutes nachsagt (ohne Berechtigung wie Ref. meint). Bei der Überführung nach Kiel verhält sie sich ebenso wie zu Hause.

Aufnahme 28. Februar 1925.
Patientin geht langsam und schwerfällig auf die Station.
Gibt geordnete Auskunft.
Sagt: Sie wäre hier zur Untersuchung, in der Frauenklinik in Kiel hätte sie nicht Aufnahme finden können.

Pat. beantwortet die an sie gerichteten Fragen recht langsam, in schleppendem Tonfall. Nur selten erfolgt eine spontane Äußerung, meist sitzt sie ruhig, bewegungslos da.

Die Gesichtszüge lassen beim Befragen deutlich ein angestrengtes Nachdenken, das Suchen nach der Antwort, erkennen. Im übrigen zeigt Pat. in ihrem Wesen etwas Affektloses, Müdes, Schlaffes. Über ihre Person ist sie vollkommen orientiert.

„Wo wohnen Sie?"
„Ich wohne in . . . . ich wohne in . . . . ach, wenn ich doch darauf kommen könnte . . . . . in Geesthacht bei Lauenburg."
„Wo hier?"
„Hier bin ich in der Stadt . . . . . Kiel."
„Weshalb hier?"
„Weil ich hier untergebracht werden sollte, weil ich nicht wußte, wer ich war."
„Sind Sie krank?"
„Nun, ich bin weiter nicht krank, nicht daß ich wüßte."
„Wieviel Kinder haben Sie?"
„Zwei haben wir, das dritte kommt."
„In welchem Monat?"
„Das kommt im März."
„Warum hier?"
„Weil ich so viel Schwangerschaftsbeschwerden hatte, ich war vorher so unruhig."

„Datum?"
„28. . . . . Februar."
(Sieht 1. Februar auf dem Kalender).
„Jahr?"
„19 . . . . 26."
„Wochentag? (Sonntag)."
„Dienstag . . . . . oder haben wir schon Sonntag?"

Der körperliche Befund ergibt nichts Abnormes.
Guter Ernährungszustand.
Sprache schleppend.
Reflexe teilweise lebhaft, sonst normal.
Gang, leicht unsicher.
Spur Strabismus rechts.
Augenfundus: o. B.
Der Fundus uteri steht etwa 1¼ Handbreit unter dem Rippenbogen.

Aus dem Krankheitsverlauf:
28. Februar.
Pat. wird am Nachmittag gebracht. Läßt sich willig baden, geht zu Bett. Hat leichte Zuckungen mit dem Kopf und zwinkert immerwährend mit den Augen. Schläft.

1. März.
Liegt still zu Bett. Träumte anscheinend, rief laut: „Erich, Erich!". Geschlafen.

2. März.
Muß zum Essen angehalten werden, ißt dann aber gut.

6. März.
Liegt meist mit geschlossenen Augen im Bett, gibt auf Fragen nur langsam Antwort. Spricht spontan nur äußerst selten.

12. März.
Unverändert stumpf, apathisch, mag oft nicht mal zum Essen hoch kommen, spricht nur, wenn sie gefragt wird.

14. März.
Kümmert sich kaum um Vorgänge in der Umgebung.

19. März.
Unverändert.

20. März.
Liegt still und antriebslos im Bett, keine Klagen, Nahrungsaufnahme gut.

24. März.
Schläft viel.

29. März.
Liegt ruhig, fast apathisch in ihrem Bett. Klagt seit heute Nacht über zunehmendes wehenartiges Ziehen im Unterbauch und dauerndem Stuhldrang.
Verlegt zur Frauenklinik.

Die Geburt verlief anscheinend normal.
Die Frauenklinik berichtet:
Der psychiatrische Zustand der Frau K. konnte als durchaus gebessert bezeichnet werden. Eine ausgesprochene Depression war nicht mehr vorhanden, Pat. ist zur weiteren Beobachtung an ihren Arzt überwiesen worden.

Fall IV.

Frau Str., 29 Jahre alt.

Aufgenommen: 13. Januar 1925.
Entlassen: 11. November 1925.

Geboren am 26. Juni 1896.
Der Krankengeschichte liegt ein selbstgeschriebener Lebenslauf bei.
Anamnese: abgegeben vom Ehemann:
Vater 60 Jahre alt, gesund.
Mutter 56 Jahre alt, gesund, etwas nervös.
Geschwister: Ein Bruder lebend, gesund.
Ein Bruder mit 6 Jahren an Gehirnentzündung gestorben.
Ein Bruder gefallen.
Ein Stiefbruder (Sohn des Vaters) gesund.
Eine Stiefschwester (aus erster Ehe der Mutter) mit einigen Monaten gestorben.
Pat. ist 2. Kind des Vaters, 2. der Mutter.
Aus der Jugend weiß Ref. nichts anzugeben, angeblich immer gesund.
Auf der Schule mittelmäßig.
1918 geheiratet, Ehe gut.

Während der Ehe nicht krank gewesen, in den beiden letzten Jahren zeitweise leidend. Klagte über halbseitige Kopfschmerzen.
Im Wesen von jeher etwas ernst, habe alles etwas schwer genommen, sich schlecht angeschlossen. 3 Kinder, 4 Jahre, 3 Jahre und 5 Wochen alt.
Die zwei ersten Geburten verliefen gut.
Bei der zweiten fühlte die Pat. sich matter.

Die dritte Gravidität verlief anfangs gut. 4 Wochen vor der Niederkunft, anfang November 1924, begann sie über Angstgefühle und Herzbeklemmungen zu klagen. Hebamme meinte, das Kind drücke auf das Herz. Der zugezogene Arzt diagnostizierte eine Nierenerkrankung und behandelte sie daraufhin. Keine Besserung. Pat. quälte sich sehr. Schlaf war unruhig. Offenbar keine Sinnestäuschungen. Geburt am 5. Dezember 1924, etwas schwer. Wochenbett im allgemeinen normal. Zeitweilig Angstgefühle, besonders abends. Das wurde in den letzten Tagen immer schlimmer. Stillte bis jetzt. Wurde immer ängstlicher und unruhiger, gab sich Mühe es zu unterdrücken. Klagte, die Gedanken gingen durcheinander. Ref. meint, sie habe wohl Gestalten gesehen. Sprach sich aber nicht aus, war zu verschlossen. Weinte viel, arbeitete nur so etwas im Haushalt, konnte nichts leisten.
Selbstmordgedanken hat sie nur einmal geäußert, sie wolle sich mit einem Rasiermesser die Kehle durchschneiden.

Keine Beeinträchtigungs- und Verfolgungsideen.
Appetit schlecht.

Am 13. Januar Ankunft in der Klinik.

Die Pat. bestätigt im allgemeinen die anamnestischen Angaben des Mannes.

Bewußtsein klar. Orientierung vorhanden. Intelligente Frau. Gedächtnis offenbar ungestört. Keine anamnestischen Ausfälle Stimmung zur Zeit schlecht.

Sie berichtet von Angstzuständen, die sie plötzlich von Anfang November ab (nach der Lektüre der Frau Sorge von Sudermann) befallen haben. Sie will keine Sinnestäuschungen gehabt haben. Nur einmal Selbstmordgedanken. Wünscht jetzt gesund zu werden. Die Ehe ist gut. Das Kind hat sie gern.

Die Geburt verlief normal. Nachher ging es ihr zuerst gut, dann kam das Angstgefühl wieder.

„Warum so ängstlich?"

„Ja — mir war immer so ängstlich, mir graut vor dem Alleinsein mächtig."

„Wie kam das?"

„Ich las Frau Sorge von Sudermann. War schon fast am Ende des Buches, hatte eben von dem Brande gelesen. Plötzlich sehr erschrocken, hatte die Empfindung, als wenn das Blut aus dem Kopfe wegschösse. Mir wurde auch so merkwürdig vor den Augen. Konnte im Augenblick gar nicht denken und bekam große Angst, sie könnte verrückt werden. War schon am ganzen Tag vorher so aufgeregt und hatte schon während der Schwangerschaft befürchtet, diese Entbindung würde nicht gut gehen. In der Folgezeit litt sie sehr an Kopfschmerzen und wurde die Angst nicht los. Diese saß in der Herzgegend. „Es war so eine heiße Angst", kein Krampf. Litt sehr unter der Befürchtung, sie würde verrückt werden. Mit den Nachbarn verhaltene Differenzen. Sie hätten sich darüber geäußert, daß es von Übel sei, ein drittes Kind in die Wohnung zu bekommen. Das sei ihr schrecklich gewesen."

Der Schlaf war sehr schlecht.

Stimmung getrübt, viel geweint.

Am 10. Januar 1925 dachte sie an Selbstmord.

Wünschte keine Unterbrechung der Schwangerschaft, machte aber zu Beginn heiße Scheidenspülungen.

Körperlicher Befund: o. B.
Guter Ernährungszustand.
Reflexe normal.
Stuhl träge, Urin o. B.

Aus dem Krankheitsverlauf:

15. Januar.

Mitunter etwas weinerlich, sonst ganz vergnügt. Zeigt in ihrem Wesen etwas Eigenartiges, Unausgeglichenes und Störendes.

Beschwerden durch die sezernierende Brust.

1. Februar.

Stimmung recht wechselnd, sehr zum Weinen geneigt. Macht sich oft recht trübe Gedanken darüber, daß sie nicht wieder gesund werde, und wie sich die Zukunft der Familie gestalten wird. Zeitweilig wieder ganz gefestigt. Unterhält sich mit andern Patienten im Saal. Freut sich über die Besuche ihres Mannes. Ist dann guter Dinge und heiter.

7. Februar.

Stimmung weiter wechselnd. Im Bett liegend fühlt sie sich ganz wohl, hat auch keine Angstgefühle. Sobald sie aufsteht, ist sie ängstlich. Macht sich Sorgen über den Verlauf ihrer Krankheit.

Stuhlgang träge.

11. Februar.

Zeitweilig ist die Stimmung ganz zuversichtlich, so daß die Angstgefühle seltener geworden sind. Will zur weiteren Erholung zu Bekannten.

Gebessert entlassen.

Zum Schluß ist es mir eine erwünschte Pflicht, meinem hochverehrten Lehrer, Herrn Geh. Med. Rat Prof. Dr. Siemerling, für die Überlassung des Materials meinen ehrerbietigsten Dank auszusprechen.

Literatur.

Binzwanger & Siemerling: Lehrbuch der Psychiatrie.

Siemerling: Psychosen und Neurosen in der Gravidität und ihre Anzeichen zur künstlichen Unterbrechung der Schwangerschaft.

Runge, W.: Die Generationspsychosen des Weibes.

Döderlein, A.: Handbuch der Geburtshilfe.

Kraepelin: Lehrbuch der Psychiatrie.

Bleuler: Lehrbuch der Psychiatrie.

Andersen, H. A.: Über Puerperalsychosen. J. A. Kiel 1911.

Comberg, H.: Katatonie und Gravidität. J. A. Kiel 1919.

Hermes, J.: Über die im Jahre 1907 in der Psychiatrischen und Nervenklinik zu Kiel behandelten Puerperalpsychosen.

Lebenslauf.

Geboren am 23. Oktober 1898 zu Heide in Holstein, besuchte ich, Rudolf Paulsen, von 1905 an, die Oberrealschule zu Heide bis zu meiner Einberufung zum Militär im Frühjahr 1917. Im Herbst des Jahres 1917 legte ich an der gleichen Schule die Notreifeprüfung ab. Im Dezember 1918 vom Heere entlassen, studierte ich von Ostern 1920 ab Medizin in Kiel, Marburg und Würzburg. Im Sommer 1922 bestand ich in Kiel die ärztliche Vorprüfung, und im Frühjahr 1925 das medizinische Staatsexamen.